

Niina Koskinen

**KIRURGISEN PÄIVYSTYSLEIKKAUSPOTILAAN
TARKISTUSLISTA**

Turvallisuutta kehittämällä parempaa laatua

Opinnäytetyö

CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU

**Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma,
ylempi AMK**

Toukokuu 2014

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kokkola-Pietarsaari	Aika toukokuu 2014	Tekijä Niina Koskinen
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma		
Työn nimi KIRURGISEN PÄIVYSTYSLEIKKAUSPOTILAAN TARKISTUSLISTA. Turvallisuutta kehittämällä parempaa laatua.		
Työn ohjaaja Yliopettaja, TtT Annukka Kukkola		Sivumäärä 38 + 1
Työelämäohjaaja Ylihoitaja, TtM Kaija-Riitta Suonsyrjä		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kirurgisen päivystysleikkauspotilaan tarkistuslista hoitoprosessin eri toimijoiden käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitopoiikkeamilta välttyminen ja sen seurauksena laadun paraneminen.</p> <p>Opinnäytetyöni toteutettiin toimintatutkimuksena. Tutkimusprosessia ei voitu suunnitella etukäteen kovin tarkasti, vaan kehittämisprosessin aikana tehdyt havainnot määrittivät ja ohjasivat tutkimusprosessin etenemistä. Opinnäytetyön ohjausryhmän ja asiantuntijaryhmän kokoukset veivät tutkimusprosessia eteenpäin ja suuntasivat sitä. Opinnäytetyöni ohjausryhmä oli tärkeässä asemassa interventioissa.</p> <p>Opinnäytetyöni aineistona oli hoitopoiikkeamailmoituksia ja HaiPro-ilmoituksia yhteensä 423 kappaletta. Nämä analysoitiin luokittelemalla ilmoitukset HaiPro-luokkien mukaisesti seitsemään luokkaan, jotka olivat: lääkepoiikkeama, tiedonkulku, peruuntuneet leikkaukset, käytös, työnjako, henkilökuntaresurssi ja tekniset ongelmat. Lisäksi käytettiin sisällön erittelyä. Opinnäytetyön ohjausryhmä valitsi edellisen luokittelun perusteella kehittämiskohteeksi tiedonkulku-luokan. Se jaettiin vielä kahdeksaan luokkaan, jotka olivat: sovitusta toimintatavoista kiinni pitäminen, tiedottaminen ja hoidon järjestelyt, raportointi, lääkäreiden toimintatavat, laskutus, ongelmat traumatiimissa ja -hälytyksessä, väärät potilaspaperit ja ongelmia tietojärjestelmissä. Opinnäytetyön ohjausryhmä valitsi edellisen luokittelun perusteella kehittämiskohteeksi sovitusta toimintatavoista kiinni pitämisen. Tähän kehittämistyöhön valittiin tarkistuslistan kehittäminen kirurgisten päivystysleikkauspotilaiden hoitoon.</p> <p>Tarkistuslista on käytössä Keski-Pohjanmaan keskussairaalaissa, ja siitä on saatu myönteistä palautetta käyttäjiltä. Tarkistuslistaa voidaan käyttää muokattuna muillekin potilasryhmille. Soveltuvien osien kirurgisen päivystyspotilaan tarkistuslistaa voidaan käyttää myös muissa erikoissairaanhoidon organisaatioissa.</p>		

Asiasanat

HaiPro, laatupoiikkeama, potilasturvallisuus, tarkistuslista, turvallisuusjohtaminen

ABSTRACT

Unit Kokkola-Pietarsaari Unit	Date May 2014	Author Niina Koskinen
Degree programme Master of Social and Health Care		
Name of thesis THE CHECKING LIST OF SURGICAL EMERGENCY PATIENT. Better quality by developing patient safety.		
Instructor Principal Lecturer, D.Sc. Annukka Kukkola		Pages 38+1
Supervisor Head nurse, M.Sc. Kaija-Riitta Suonsyrjä		
<p>Purpose of thesis was to develop checking list of surgical emergency patient at Central-Ostrobothnia Central Hospital, which different workers of nursing process can benefit from and use. The aim of thesis was to avoid patient care mistakes and as a result improve the quality.</p> <p>My thesis was implemented as an action research. Research process could not be planned very strictly beforehand. Observations made during the developing process defined and guided the progress of research process. Meetings of the steering group of the thesis and professional group lead research process forward and guided it. The steering group of my thesis was in an important role at interventions.</p> <p>The material on my thesis consisted of patient care mistake notifications and HaiPro-notifications altogether 423 units. These were analysed by categorizing notifications according to HaiPro-classes to seven classes, which were: medicine deviation, communication, cancelled operations, behavior, division of work, resource of personnel and technical problems. Furthermore, the analysis of content was used. The steering group of the thesis chose on the grounds of previous catecorizing, that developing subject should be communication-class. It was divided into even eight classes, which were: holding on to appointed procedures, informing and organizing the care, reporting, the procedures of doctors, invoicing, the problems of traumateam and -alarm, wrong patient documents and problems at information systems. The steering group of the thesis chose on the grounds of previous catecorizing, that developingsubject should be holding on to appointed procedures. To this development project was chosen to develop checking list for emergency patients' care.</p> <p>The checking list is in use at Central-Ostrobothnia Central Hospital, and the users of the list have given positive feedback from it. The checking list can be used modified to other patient groups. The checking list of surgical emergency patient can be used in other special healthcare organizations on applicable parts.</p>		

Key words

HaiPro, the deviation of quality, the safety of patient, the checkinglist, safetymanagement

SISÄLLYS
TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA	4
2.1 Potilasturvallisuus ja sen johtaminen terveydenhuollossa	4
2.2 Tarkistuslista terveydenhuollossa	10
2.3 Asiakasprosessit osana operatiivista hoitotyötä	11
2.4 Yleistä laadusta ja laatupoikkeamista	13
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	16
4 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS	17
4.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö ja tutkimuksen kohderyhmä	17
4.2 Ohjausryhmän kokoonpano	17
4.3 Toimintatutkimus opinnäytetyön lähestymistapana	18
4.4 Hoitopoikkeama- ja HaiPro-ilmoitusten keruu ja analysointi	21
4.5 Opinnäytetyön tulokset	21
4.5.1 Potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät	22
4.5.2 Potilasturvallisuutta vaarantavat tiedonkulkuun liittyvät tekijät	24
4.6 Tarkistuslistan rakentuminen	26
5 POHDINTA	30
5.1 Luotettavuus ja etiikka	30
5.2 Opinnäytetyöprosessi	32
5.3 Johtopäätös	33
5.4 Jatkotutkimushaasteet	33
LÄHTEET	35
LIITE	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kirurgisen päivystysleikkauspotilaan tarkistuslista hoitoprosessin eri toimijoiden käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitopoikkeamilta välttyminen ja sen seurauksena laadun paraneminen. Työskentelen Keski-Pohjanmaan keskussairaалassa leikkaus-anestesiaosastolla anestesia-sairaanhoidajana. Sairaalan operatiivisen alueen ylihoitaja Kaija-Riitta Suonsyrjä esitti minulle opinnäytetyöksi tätä aihetta. Aihe kiinnosti myös minua erittäin paljon. Hän lupasi toimia opinnäytetyöni työelämäohjaajana. Aiheelle oli siis omassa työorganisaatiossani tarvetta.

Hoitopoikkeamailmoituksista ja HaiPro-tilastoista nousseet asiat olivat laadun kehittämisen lähtökohtana. Aihe on tällä hetkellä ajankohtainen, sillä potilasturvallisuudesta ja potilaan saaman hoidon laadusta keskustellaan paljon. Kun nykyään kaikissa asioissa olisi tarpeen säästää, voivat taloudelliset arvot nousta erittäin tärkeiksi laadun kustannuksella. Laadukkaat ja tehokkaasti toimivat hoitoprosessit voivat tuoda myös taloudellisia säästöjä, jos esimerkiksi päällekkäisiä toimintoja saadaan karsittua.

Opinnäytetyöni liittyy Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmaan. Mielestäni aiheeni sopii koulutusohjelman opinnäytetyön aiheeksi hyvin, sillä siinä tulevat esille sekä kehittämisen että johtamisen näkökulmat. Jatkuva kehittäminen on kannattavan toiminnan edellytys. Sanotaanhan, että mikään ei ole niin varmaa ja pysyvää kuin muutos. Koko ajan muuttuvassa yhteiskunnassa ja muuttuvien resurssien aikana tulisi myös organisaatioiden ja työyksiköiden kyetä muuttumaan ja kehittymään. Niiden tulisi pystyä kehittämään prosessejaan suhteessa tarjolla oleviin resursseihin hoidon laadun kuitenkin siitä kärsimättä. Johtamisen näkökulmaa tarvitaan, jotta kehittämistyö saadaan vietyä eteenpäin käytännön tasolle ja jalkautettua toimintaan.

Toimivat hoitoprosessit nähdään tärkeänä asiana. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän operatiivisen tulosalueen toiminta- ja laadunhallintasuunnitelmassa vuosille 2011-2013 yhtenä kehittämiskohteeksi on hoidon ja

palvelun laatu. Hoitopoikkeamakäytäntöihin kiinnitetään huomiota ja poikkeamista saatua tietoa hyödynnetään kehittämistyössä. Myös asiakkaan kokemaan hyvään hoitoon ja palveluun kiinnitetään huomiota, ja toimintaprosesseista halutaan sujuvia. (Nikula & Harmaala 2010.)

HALO-ohjelman neuvottelukunta on antanut 5.2.2010 suosituksen leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä kaikissa leikkaustoimenpiteissä. HALO-suositus on HALO-neuvottelukunnan antama suositus uuden terveydenhuollon menetelmän käyttöönotosta. Suosituksessa on huomioitu uuden menetelmän turvallisuus, vaikuttavuus ja kustannukset. Näyttö tarkistuslistan käytön vaikuttavuudesta perustuu yhteen laajaan monikeskustutkimukseen. Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö vähentää komplikaatioita ja kuolleisuutta noin kolmanneksella. Leikkaustiimin tarkistuslistan käytäntöön viemisessä, käyttökoulutuksessa ja kehitystyössä suositellaan kansallista yhteistyötä. Vastaavan listan käyttöä kannattaa selvittää kaikilla toimenpideoilla. (Pauniahho, Lepojärvi, Peltomaa, Saario, Isojärvi, Malmivaara & Ikonen 2009; THL 2010; WHO 2008.)

Valtakunnallisessa KASTE-ohjelmassa käsitellään potilasturvallisuutta ja asiakkaan oikeuksien toteuttamista, kuinka ne asettavat erityisvaatimuksia terveydenhuollon johtamiselle ja johtajille (STM 2012). Toimintayksikön johdolla on kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta ja sen edellytyksistä. Tätä vastuuta johto ei voi siirtää muille organisaation työntekijöille. Johtajien tulee kiinnittää erityistä huomiota potilasturvallisuuden korostamiseen kaikessa toiminnassa. Työntekijöiden työskentelyolosuhteet tulee järjestää sellaisiksi, että laadukasta ja turvallista hoitoa on mahdollista antaa. Johdon tehtävä on varmistaa henkilökunnan riittävyys, ja työntekijöillä tulee olla riittävä osaaminen työnsä toteuttamiseen. Kaikessa päätöksenteossa tulee huomioida potilasturvallisuuden näkökulma. Johdolla on keskeinen vastuu turvallisuusriskien arvioinnissa ja niihin varautumisessa. Johdon vastuulla on myös riskienhallinnan toteuttaminen organisaation kaikilla tasoilla. Johdon tulee hankkia tietoa riskeistä, vaaratilanteista ja haittatapahtumista ja käyttää tietoa hyväksi potilasturvallisuuden parantamisessa ja palvelujärjestelmän kehittämisessä. (THL 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriön suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa vuosille 2009–2013 tavoitteina ovat potilasturvallisuuden hallinta ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen, potilasturvallisuuden suunnitelmallinen

edistäminen riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa (STM 2009). Potilasturvallisuudesta ja laadunhallinnasta säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa laadunhallintaan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanoon laadittavaan suunnitelmaan (Terveydenhuoltolaki 2011).

WHO:n mukaan potilasturvallisuus on yksi potilaan perusoikeuksista terveydenhuollossa. Viime vuosina valtiot ovat lisääntyvässä määrin huomanneet potilasturvallisuuden parantamisen merkityksen. Vuonna 2002 WHO:n jäsenvaltiot hyväksyivät sopimuksen potilasturvallisuudesta. WHO:n potilasturvallisuusohjelman 13. kohdassa puhutaan kirurgisesta tarkistuslistasta ja sen hyvistä tuloksista maailmalla. Lisäksi siinä mainitaan, että tarkistuslistojen käytön hyötyjä tutkitaan myös muilla terveydenhuollon aloilla. (WHO 2013.)

Näissä kaikissa kansallisen ja kansainvälisen tason ohjelmissa ja suosituksissa puhutaan samoista asioista kuin opinnäytetyössäni. Aiheeni on siten ajankohtainen ja työelämän tarpeista lähtöisin.

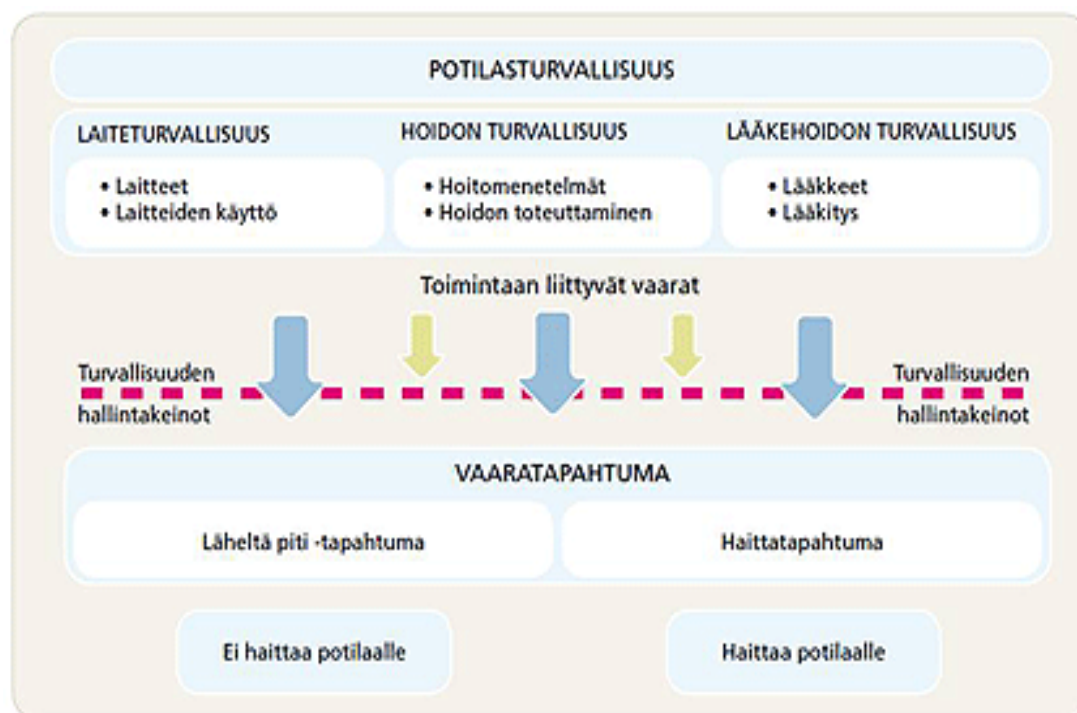
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

2.1 Potilasturvallisuus ja sen johtaminen terveydenhuollossa

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, ettei hoito saa aiheuttaa potilaalle haittaa. Potilasturvallisuus on saanut Euroopan unionissa vakavaa huomiota. Se on yksi EU:n terveyspolitiikan painopistealueista. Noin 10 prosentille sairaalassa hoidetuille potilaille tapahtuu useammissa maissa hoitovirheitä. Vaaratilanteita esiintyy kaikissa terveydenhoitoon liittyvissä yhteyksissä: perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, yhteisohoidossa, julkisissa ja yksityisissä hoitopalveluissa sekä akuutti- ja pitkäaikaishoidossa. (Euroopan Unionin kansanterveysportaali 2012.)

Potilasturvallisuus on määritelty terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteeksi ja toiminnoiksi, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumiselta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa. Potilasturvallisuus sisältää hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006.)

Potilasturvallisuuden koostuminen monesta eri osatekijästä on nähtävissä KUVIO 1:ssä. Laiteturvallisuus sisältää laitteet ja niiden käytön. Hoidon turvallisuuteen kuuluvat hoitomenetelmät ja hoidon toteuttaminen. Lääkehoidon turvallisuuteen kuuluvat lääkkeet ja lääkitys. Terveydenhuollon toimintaan liittyy erilaisia vaaroja, joita pyritään välttämään erilaisilla turvallisuuden hallintakeinoilla. Vaaratapahtuma voi olla läheltä piti -tapahtuma, josta ei ole vaaraa potilaalle. Se voi olla myös haittatapahtuma, joka aiheuttaa potilaalle haittaa. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto, & Ojanen 2009.)



KUVIO 1. Potilasturvallisuuden käsitteistö (Kinnunen ym. 2009,13)

Kansallisten potilasturvallisuusasioiden lisäksi on olemassa monikansallisia potilasturvallisuusorganisaatioita. Maailman terveysjärjestön WHO:n (World Health Organisation) vuonna 2004 perustaman organisaation World Alliance for Patient Safety tarkoituksena on luoda edellytykset maailmanlaajuiselle potilasturvallisuustyölle. Organisaation tavoitteena on tukea jäsenvaltioita potilasturvallisuuskulttuurien kehittämisessä ja potilasturvallisuutta edistävien menetelmien käyttöönottamista. Tavoitteena on saattaa potilaat potilasturvallisuustyön keskipisteeseen. Maailmanlaajuisten terveysongelmien tai potilasturvallisuutta vaarantavien tekijöiden uhatessa on organisaation tavoitteena edesauttaa nopeassa reagoinnissa sekä saada poliittiset päättäjät sitoutumaan mukaan potilasturvallisuuden edistämiseen. Potilasturvallisuuden maailmanlaajuisilla normeilla, standardeilla ja ohjeilla pyritään mahdollisimman varhaiseen haittatapahtumien paikantamiseen sekä ennaltaehkäisevään työhön. WHO on asettanut useita kansainvälisiä potilasturvallisuuden edistämiseen tähtääviä työryhmiä ja kehittämishankkeita ohjeineen ja työkaluineen. (Peltomaa 2009, 22–23; WHO 2008.)

Potilasturvallisuustyö on järjestetty eri maissa eri tavoin. Potilasturvallisuutta maan sisäisesti koordinoiva taho saattaa olla yhdistettynä jo olemassa oleviin julkisen terveydenhuollon hallinnollisiin rakenteisiin. Se voi myös toimia omana yksikkönään

yksityisessä terveydenhuollossa muiden terveydenhuollon hallintorakenteiden rinnalla. Tanska on ollut Pohjoismaiden ehdoton edelläkävijä potilasturvallisuusasioissa. (Peltomaa 2009, 20–21.) Suomessa potilasturvallisuus ja laadunhallinta ovat terveydenhuoltolaissa määriteltyjä. Lain mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja toteutuksen asianmukaista. Laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta on terveydenhuollon toimintayksikössä laadittava suunnitelma. Siinä on huomioitava potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palveluiden kanssa. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Jo ennen uutta terveydenhuoltolakea sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä oli laatinut kansallisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009–2013. Potilasturvallisuusstrategiassa potilasturvallisuutta käsitellään neljästä eri näkökulmasta: turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Strategiassa määritellään viisi päätavoitetta ja jokaiselle päätavoitteelle osatavoitteita, joiden tulisi toteutua vuoteen 2013 mennessä. Uusi terveydenhuoltolaki noudattaa samoja linjauksia. Kansallisen potilasturvallisuusstrategian 2009–2013 päätavoitteet ovat potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuuden hallinta ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen, potilasturvallisuuden edistäminen suunnitelmallisesti ja riittävillä voimavaroilla sekä potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Potilasturvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa 2009–2013 potilasturvallisuus on nostettava keskeiseksi tavoitteeksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden- ja sairaanhoidon laatu perustuu potilasturvallisuuteen. Turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Olemassa olevat voimavarat pystytään hyödyntämään parhaalla mahdollisella tavalla. Turvallinen hoito ei saa aiheuttaa potilaalle tarpeetonta haittaa. Terveyden- ja sairaanhoito on vaativaa ja moniulotteista. Vaikka henkilökunta on ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta ja toiminta varsin säädeltyä, vaaratapahtumat ovat siitä huolimatta mahdollisia. Potilasturvallisuus sisältää periaatteet ja toiminnot, joilla varmistetaan potilaiden turvallinen hoito. Siihen kuuluvat poikkeamien hallinta ja niistä johtuvien haittojen

ehkäisy. Toimintayksikössä potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä periaatteita ja toimintoja, joiden tavoitteena on varmistaa turvallinen hoito sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilasturvallisuuden edistäminen on kustannusvaikuttavaa toimintaa. Potilasturvallisuus voidaan taata parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä potilaille aiheutuvien haittojen vähentämiseen sekä arvioimalla ja tutkimalla palvelujärjestelmää ja poistamalla siellä olevia riskejä. (STM 2009.)

Hyvä potilasturvallisuuskulttuuri on potilaiden turvallista hoitoa edistävä systemaattinen toimintatapa. Johtaminen, arvot ja asenteet tukevat sitä. Hyvä potilasturvallisuuskulttuuri sisältää riskien arvioimisen, ehkäiseviä ja korjaavia toimenpiteitä sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009.) Potilasturvallisuuden käsitettä tulee käyttää korostamaan terveydenhuollon organisaatioiden sosiaalisten, rakenteellisten ja psykologisten ilmiöiden yhteiseen vaikuttamiseen potilasturvallisuudessa. Töiden organisointiin, tiedonkulkuun ja henkilöstön turvallisuutta koskeviin arvoihin ja normeihin on kiinnitettävä huomiota potilasturvallisuutta arvioitaessa ja kehitettäessä. Potilasturvallisuuskulttuuriksi voidaan kutsua sitä tapaa, jolla organisaatio huolehtii näistä asioista. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisessä on kyse organisaation toiminnan kehittämisestä sillä tavalla, että turvallisen hoidon edellytykset saavat erityistä huomiota. (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2009, 65.)

Terveydenhuollossa ja sen toimintaympäristössä tapahtuu koko ajan runsaasti potilasturvallisuuteen vaikuttavia muutoksia. Lääketiede kehittyy jatkuvasti, ja se tuo mukanaan uusia vaikuttavampia lääkkeitä ja muita hoitoja, joiden hallitulle ja oikealle käytölle asetetaan entistä korkeampia vaatimuksia. Koska hoitoprosessit ja palvelujärjestelmät ovat jakautuneet pieniin osiin, on potilaskeskeisen ja turvallisen hoidon toteutuminen vaikeutunut. Etenkin tiedonkulussa on ongelmia rajapinnoilla, ja se lisää virhemahdollisuuksia. Henkilöstövoimavarat ovat usein niukkoja ja työntekijöiden vaihtuvuus on nopeaa, mikä voi vaikeuttaa turvallisen hoidon toteutumista. Sähköiset potilasasiakirjajärjestelmät eivät tue riittävästi potilasturvallisuuden seurantaa ja edistämistä. Virheiden mahdollisuus on kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä, sillä se on osa inhimillistä toimintaa. Useissa maissa on potilasturvallisuuskartoitusten pohjalta arvioitu, että kymmenen prosenttia sairaalapotilasta saa hoidosta aiheutuneen haitan, yksi prosenti potilaista saa vakavan haitan ja yhden promillen kohdalla haitta tai virhe voi johtaa kuolemaan. Näiden tutkimusten perusteella arvioituna Suomen sairaaloissa voi

sattua vuosittain kuolemaan johtavia hoitovirheitä vähintään 700, mahdollisesti jopa 1 700, mikä on merkittävästi enemmän kuin kuolemaan johtavia liikenneonnettomuuksia. Tutkijoiden mukaan jopa puolet nykyisistä haattatapahtumista voitaisiin ehkäistä ennakoimalla riskejä, seuraamalla toimintaa järjestelmällisesti sekä oppimalla vaara- ja haattatapahtumista. On arvioitu, että haattatapahtumista ja hoitovirheistä aiheutuu Suomessa vuosittain lisäkustannuksia noin kolme prosenttia terveydenhuollon vuotuisista kokonaiskustannuksista. Potilasturvallisuutta edistävillä toimenpiteillä ei siis pelkästään vähennetä inhimillistä kärsimystä vaan niillä voidaan myös saada aikaan merkittäviä taloudellisia säästöjä terveydenhuollon organisaatioissa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Potilaiden, terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja organisaatioiden välillä kulkee potilasturvallisuudelle olennaista tietoa. Tiedonkulun periaatteet on määriteltävä toimintayksikön potilasturvallisuussuunnitelmassa potilaiden ja ammattihenkilöiden välillä sekä hoidon eri rajapinnoilla, kuten esimerkiksi perusterveydenhuolto–erikoissairaanhoito tai vuodeosasto–leikkaussali. Organisaation sisällä tiedonkulun toimivuus tulee varmistaa jokaisen yksikön työntekijän välillä. Erityisesti tulee huomioida moniammatillisen tiimityöskentelyn asettamat vaatimukset eri yksiköiden ja organisaation eri tasojen välillä. Terveydenhuoltolaissa säädetään tapaa jakaa ja käyttää potilaan hoidossa tarvittavia tietoja ainakin yhteisen potilastietorekisterin rekisterinpitäjien kesken eli sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueen kunnallisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintayksiköiden välillä. Potilaan hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden tulee tiedottaa potilasta hoidosta, toimenpiteistä ja mahdollisista niistä aiheutuvista haitoista. Potilasta rohkaistaan kertomaan toiveistaan ja odotuksistaan hoitonsa suhteen. Lisäksi pyydetään kertomaan mahdolliset riskitiedot, joilla voi olla merkitystä hoidon onnistumisen kannalta. Potilaan kanssa yhdessä laadittava hoitosuunnitelma toimii keskeisenä työkaluna tässä vuorovaikutuksessa ja samalla yhteisen näkemyksen tukena. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Kommunikaatioon ja tiedonkulkuun liittyvät ongelmat ovat osallisena 65 prosentissa tapahtuneista haattatapahtumista. Kommunikaation puutteesta johtuvien ongelmien taustalla ovat usein mutkikkaat organisaation sisäiset kulttuuriset, viralliset ja epäviralliset ammattiryhmien väliset suhteet ja perinteet ammattiryhmien välisessä hierarkiassa. Potilaan turvallisuuteen vaikuttavat sääntöjen rikkominen, virheet, erehtymiset, puutteet

ammattitaidossa ja tiimityössä sekä se, ettei epäkohdista uskalleta kertoa. Avointa kommunikaatiota vaikeuttavat myös ammattiryhmän sisäinen keskinäisen kunnioituksen puute sekä huono lähijohtaminen. Potilasturvallisuuden edistämistä voivat helpottaa erilaiset informaatioteknologiset ratkaisut, kuten sähköisiin tietojärjestelmiin sisällytetyt tietokannat lääkärin määräyksille sekä erilaiset muistutus- ja varoitusjärjestelmät. Hoidon turvallisuutta, laatua ja kustannustehokkuutta pyritään lisäämään informaation tehokkaalla hyödyntämisellä. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 86–87.)

Potilasturvallisuus kuuluu yhtenä osa-alueena turvallisuusjohtamiseen. Turvallisuusjohtaminen on tärkeässä asemassa työturvallisuuslaissa (738/2002). Turvallisuusjohtaminen sisältää koko laajuudessaan työturvallisuuden lisäksi myös muut turvallisuuden osa-alueet. Potilasturvallisuus on yksi näistä osa-alueista, ja keskeisessä asemassa hoito- ja hoiva-alalla. (Työterveyslaitos 2011.)

Turvallisuusjohtaminen sisältää ajatuksen jatkuvasta turvallisuuden ja terveellisyyden edistämisestä. Hyvän turvallisuusjohtamisen lähtökohtana on koko johdon sitoutuneisuus tällaiseen ajatteluun. Silloin se saa vastakaikua henkilöstöltä. Tarvitaan henkilöstön sitoutumista, että turvallisuusjohtamisajattelu ja sen kautta tulevat toiminnot kehittävät turvallisuuskulttuuria. Turvallisuusjohtamisen yksi työkalu on riskien arviointi. Sen avulla voidaan arvioida työolojen kehittämistarpeet ja työympäristötekijöiden vaikutukset. Turvallisuusjohtamisella varmistetaan myös työntekijöiden osaaminen, osallistuminen ja motivointi. (Työsuojeluhallinto 2011.)

Hyvän turvallisuusjohtamisen lähtökohtia ovat turvallisuuspolitiikan luominen, toimintavelvoitteiden ja -valtuuksien määrittäminen, riskien arviointi, mittaaminen, seuranta ja dokumentointi, osaamisen varmistaminen sekä tiedottaminen. Turvallisuusjohtaminen tarvitsee myös toimivan palautejärjestelmän. Sen avulla työpaikka pystyy järjestelmällisesti varmistamaan omien käytäntöjensä jatkuvan parantamisen. Työnantajalla tulee aina olla turvallisuuspolitiikka tai -periaatteet, jotka määrittelevät yleiset turvallisuuden päämäärät. Turvallisuusjohtamisen keskeisiä osia organisoinnin kannalta ovat toimintajärjestelmien, toimintavastuiden ja -velvollisuuksien määrittäminen sekä riittävien resurssien varaaminen tavoitteiden toteuttamiseksi. Hyvä nykytilanteen kartoitus antaa perustan turvallisuustyölle. (Työsuojeluhallinto 2011.)

Turvallisuuden saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi tarvitaan osaamista, oikea asenne ja motivaatio. Johtamisen tueksi tarvitaan monipuolista tiedotusta näistä asioista. Turvallisuusjohtaminen vaikuttaa myönteisesti henkilöstön sitoutumiseen, työilmaperiiniin, tuotannon laadun paranemiseen sekä onnettomuuksien ja tapaturmien ehkäisemiseen. Turvallisuusjohtamiseen vaikuttaa yrityksen tapa toimia. Turvallisuusjohtamisen periaatteet auttavat toimimaan järjestelmällisesti. Periaatteet voivat olla itse laadittuja tai käytäntöjä on luotu esimerkiksi turvallisuusjohtamisen standardien avulla. Lainsäädännön edellyttämiä asiantuntijoita ja yhteistoimintahenkilöitä työpaikalla ovat työsuojelupäällikkö ja työsuojeluvaltuutettu. Turvallisuusjohtaminen on osa jokaisen perustehtäviä. (Työsuojeluhallinto 2011.)

2.2 Tarkistuslista terveydenhuollossa

Ilmailun alalla on käytössä inhimillisten virheiden välttämiseksi erilaisia käytäntöjä, kuten tarkistuslistan käyttäminen. Tarkistuslistoja on alettu ottaa käyttöön myös terveydenhuollossa. Tarkistuslistoilla varmistetaan, että tilanteeseen liittyvät tärkeimmät työtehtävät tulevat tehdyiksi. Näin toimien voidaan inhimillisten unohdusten riskiä pienentää. Tarkistuslistoja on kahdenlaisia: työlistoja ja varmistuslistoja. Työlista on työtä ohjaava lista, jota käytetään työn edetessä muistin apuvälineenä, ja työtehtävässä edetään listan mukaan. Varmistuslistaa käytetään varmistamaan, että oleelliset työtehtävät tulivat tehdyiksi. Tarkistuslistojen kohdalla on tärkeää niiden hyvä käytettävyys, jotta niitä oikeasti käytetään työnteon apuvälineinä. Tarkistuslistojen suunnittelussa kannattaa rajoittaa tarkistuslistan sisältö työvaiheen kannalta kriittisimpiin toimenpiteisiin. (Helovuori 2009, 106–107.)

WHO:n potilasturvallisuusliitossa (World Alliance for Patient Safety, WAPS) käynnistettiin vuonna 2007 maailmanlaajuinen ohjelma leikkaustoimenpiteisiin liittyvien haittojen vähentämiseksi. Kansainväliset eri alojen asiantuntijaryhmät paneutuivat neljään keskeiseen kirurgian osa-alueeseen: leikkausinfektioiden vähentämiseen, turvalliseen anestesiaan, tiimityöhön leikkaussalissa sekä kirurgian tulosten seurantaan. Työn tuloksena syntyi Safe Surgery Saves Lives -ohjeistus. Tämän ohjeistuksen keskeisin työkalu on leikkaustiimin tarkistuslista (WHO Surgical Safety Checklist). Se on yhdelle sivulle mahtuva 19 kohdan tarkistuslista. Tarkistuslistan tavoitteena on tukea hyväksyttyjä

turvallisuuskäytäntöjä ja vahvistaa parempaa tiedotusta ja tiimityötä klinisten erikoisalojen välillä. Tarkistuslista ei ole säädös tai osa virallista toimintapolitiikkaa. Se on tarkoitettu työkaluksi potilastyössä oleville hoitotyön tekijöille, joita kiinnostaa leikkausturvallisuuden parantaminen ja tarpeettomien leikkauskuolemien ja komplikaatioiden vähentäminen. (Pauniahho ym. 2009; Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009; WHO 2008.)

WHO:n kehittämässä leikkaustiimin tarkistuslistassa on anestesia- ja leikkausturvallisuuden kannalta keskeisiä kohtia, jotka leikkaustiimi käy läpi vaihe vaiheelta ennen toimenpiteen aloittamista. Listan jokainen tulee lukea ääneen, jotta voidaan varmistua koko tiimin tietoisuudesta keskeisten seikkojen huomioimisessa ja toteutumisessa. Listassa on kolme osiota: alkutarkistus, aikaisä ja lopputarkistus. Niiden läpikäyminen vie aikaa 2–3 minuuttia. (Pauniahho ym. 2009; Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009.)

Kirurgisen tarkistuslistan positiivisesta vaikutuksesta leikkauspotilaan riskien hallintaan ja haittatapahtumien ehkäisyyn on olemassa tutkimusnäyttöä. Tarkistuslistan järjestelmällinen käyttö vähensi leikkauskomplikaatioiden määrää myös kehittyneissä huipputekniikan maissa. Tarkistuslistan avulla voidaan vähentää inhimillisiin erehdyksiin ja virheisiin liittyviä kärsimyksiä ja kustannuksia. Tarkistuslista on halpa työkalu, ja sen käyttäminen on helppoa. Haittoja listan käyttämisestä ei ole todettu. WHO kannustaa organisaatioita tarvittaessa muuntelemaan tarkistuslistaa omaan käyttöön sopivaksi. Johdon sitoutuminen on edellytys tarkistuslistan onnistuneelle käyttöönotolle. (Pauniahho ym. 2009; Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009.)

2.3 Asiakasprosessit osana operatiivista hoitotyötä

Kirurgisen potilaan hoitopolku sairaalassa koostuu usein pre-, intra- ja postoperatiivisesta vaiheesta. Preoperatiivinen vaihe alkaa leikkauspäätöksen tekemisestä, ja loppuu leikkaussalihenkilökunnan ottaessa potilaasta hoitovastuun. Varsinaisen leikkaukseen kuluva aika on intraoperatiivista vaihetta. Leikkauksen jälkeen heräämössä alkaa postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe. Postoperatiivinen vaihe sisältää

toipumisvaiheen ja kuntoutumisvaiheen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001.)

Prosessiajattelussa lähtökohtana on asiakas ja hänen tarpeensa (Tanttu 2007, 60). Asiakas on se, joka loppujen lopuksi maksaa laskun. Näin ollen asiakkaan tarpeisiin ja huomioimiseen olisi syytä käyttää voimia ja resursseja. Samoin kysynnän ja tarpeen kohtaamiseen mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja kustannustehokkaasti tulee kiinnittää huomiota. Organisaatioiden tulee huomioida, että asiakas tarkastelee prosessia asiakkaan näkökulmasta, horisontaalisen prosessin kautta. Vain pieni osa prosessista tapahtuu asiakkaan edessä. Asiakaskohtaukset ovat ikään kuin prosessin huipentumia. Onnistuneisiin prosesseihin vaikuttavat monien ihmisten panos, erilaiset järjestelmät ja organisaatioiden toimintakulttuuri. Koska prosessit eivät tunne organisaatorajoja, tulee tuotosten sijaan kiinnittää huomiota ennen kaikkea varsinaisiin prosesseihin. (Puusa 2008.)

Prosessilähtöisellä toiminnan tarkastelulla tuetaan kokonaisvaltaista ajattelua. Kun yksikötasolla toimivat ihmiset ymmärtävät toimintakokonaisuuden merkityksen, sujuu toiminta paremmin. (Tanttu 2007, 60.)

Asiakaspalveluorganisaatioissa työntekijät ryhmitellään tietojen, taitojen, työprosessien ja asiakkaiden mukaan. Näissä organisaatioissa prosessilähtöinen toiminnan kehittäminen tapahtuu ensisijaisesti yhteisössä alhaalta ylöspäin. Paras asiantuntemus asiakkaiden tarpeiden tunnistamisessa on perustasolla työskentelevällä henkilöstöllä. Perustason toiminnan tukeminen on johdon tehtävä. Tavoitteita ja toimintastrategiaa tutkitaan ja kehitetään jatkuvasti, ja koko yhteisö osallistuu tähän kehittämistyöhön. Prosessilähtöisessä organisaatiossa painopiste on kokonaisuuden sujuvuudessa, ei yksittäisen toimenpiteen tai operaation tehokkaassa tai laadukkaassa suoritustavassa. Asiakastyytyväisyys, joustavuus ja läpimenoajat ovat onnistumisen mittareita. (Tanttu 2007, 60–61.)

Mitä tahansa kehityskulkua tai toimintaa voidaan kuvata prosessina. Organisaatioiden kannalta on kuitenkin kiinnostavinta keskittyä niihin prosesseihin, jotka ovat niiden toiminnan kannalta merkittävimpiä ja kriittisiä. Näitä kutsutaan pääprosesseiksi tai avainprosesseiksi. Ydinprosesseja ovat suoraan ulkoiselle asiakkaalle arvoa tuottavat prosessit. Ydinprosesseja ovat esimerkiksi tuotteiden ja palvelujen kehittäminen sekä tuotteiden ja palvelujen toimittaminen. Organisaatiot tarvitsevat myös ydinprosesseja

mahdollistavia tukiprosesseja. Tukiprosesseja ovat esimerkiksi strateginen suunnittelu, osaamisen kehittäminen ja prosessien suunnittelu. (Laamanen & Tinnilä 2009.)

Prosessin kuvauksessa esitetään prosessin kannalta oleelliset tekijät sekä prosessin liittymäpinnat muihin prosesseihin (Laamanen & Tinnilä 2009). Prosessin kuvaamisessa tulee kaikkien toimintojen ja toimijoiden pystyä puoltamaan paikkaansa kokonaisprosessin osana, muuten ne ovat turhia. Prosesseja kuvaamalla voidaan asiakasprosessit tuoda näkyväksi niillekin työntekijöille, jotka eivät ole välittömässä asiakastyössä. (Puusa 2008.)

Organisaation jäsenten välinen toiminta ja sen hallinta yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi on organisaation kokonaistoiminnan kannalta oleellista. Palvelujen tuottajien välinen yhteistyö on tärkeää erityisesti terveydenhuollon organisaatioissa, joissa ammattihenkilöt tuottavat toisiinsa liittyviä palveluita ihmisille. Pelkkä nopea sähköinen tiedon siirto ei riitä palvelujen hallintaan. Lisäksi pitää olla sovitut toimintatavat tietojen hyödyntämisestä. Yhteistyö voidaan saada aikaan yhteisten arvojen avulla sekä yhteisten etujen ja keskinäisen riippuvuuden tunnustamisella. Toisten työn tunteminen ja arvostaminen, vastuuntunto ja kompromissihalukkuus ovat yhteistyön onnistumisen edellytyksenä. Yhteistyö ja verkostoituminen eivät välttämättä takaa tehokkaampaa ja taloudellisempaa toimintaa ilman niiden koordinoitua. Toimijoiden välinen yhteistyö on prosessilähtöisessä toiminnassa prosessien jatkuvuuden ja sujuvuuden kannalta tärkeää. Terveydenhuollon hoitoprosessien ja palveluketjujen sujuvuuden kannalta on välttämätöntä ammattihenkilöiden välinen jatkuva viestintä ja yhteistyö erityisesti organisaatioiden välisillä rajapinnoilla potilaan siirtyessä jatkohoitoon. (Tanttu 2007, 66–69.)

Tässä opinnäytetyössä on kyse kirurgisen päivystysleikkauspotilaan prosessista.

2.4 Yleistä laadusta ja laatupoikkeamista

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintasuositus ja laatusanasto julkaistiin vuonna 1995. Suosituksessa oli kolme pääperiaatetta, jotka tukivat ja kannustivat laatutyöhön sosiaali- ja terveydenhuollossa: laadunhallinta on mukana jokapäiväisessä työnteossa, tärkeänä painopisteenä laadunhallinnassa on asiakaslähtöisyys ja sosiaali- ja terveydenhuollossa laadunhallintaan pyritään tiedolla ja ohjauksella. Uudistetussa

suosituksessa vuodelta 1999 korostetaan entistä enemmän asiakasnäkökulmaa (STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto 1999). Hyvä laatu koostuu niistä piirteistä ja ominaisuuksista, joiden avulla organisaatiolla, palvelujärjestelmällä tai palvelulla on kyky täyttää siihen kohdistetut odotukset ja sille asetetut vaatimukset. Hyvä laatu on myös sitä että asiakas saa tarvitsemaansa palvelua oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon ja näyttöön perustuva palvelu, joka tuottaa vastaanottajalleen hyvinvointia ja pyrkii terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, on hyvää laatua. Laatua on hyvä toiminta, joka ottaa huomioon myös asiaan liittyvät taloudelliset näkökohdat ja muut säädökset ja määräykset. (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008.)

Laatua tulisi arvioida moniulotteisesti ja useiden toimijoiden näkökulmasta. Potilaat ovat tärkeimmässä asemassa, mutta olisi hyvä laadun kokonaiskäsityksen kannalta tarkastella myös laatua tekevien henkilöiden arviointeja. Kvistin väitöstutkimuksessa kaikki henkilöstöryhmät arvioivat hoidon laadun tärkeämmäksi kuin mitä se heidän mielestään toteutuessaan oikeasti oli kaikilla hoidon laadun osa-alueilla. Hyvän hoidon laadun keskeinen perusta on käytännön hoitotyötä tekevän henkilöstön henkilökohtaiset voimavarat. (Kvist 2004.)

Koska hyvästä laadusta seuraa yleensä hyviä ja positiivisia asioita, voidaan käänteisesti olettaa, että laatupoikkeamilla on päinvastaiset seuraukset. Huonosta laadusta seurauksena asiakkaat ovat tyytymättömiä, tulee hukkakustannuksia ja työilmapiiri huononee. (Tuominen & Lillrank 2000.) Useimmat potilaiden ja asiakkaiden pettymyksen ja tyytymättömyyden kokemukset johtuvat siitä, ettei heitä ole omasta mielestään otettu riittävästi osalliseksi hoitoonsa. Jotta laatupoikkeamat vähenevät ja hyvälaatuinen hoito lisääntyy, on terveydenhuollon organisaatioissa opittava tekemään paremmin eri asiantuntijoiden välistä yhteistyötä. (Kujala 2003.)

Poikkeamalla tarkoitetaan mitä tahansa terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, -järjestelmiin ja -ympäristöön liittyvää suunnitellusta tai sovitusta poikkeavaa tapahtumaa, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeaman syynä voi olla tekeminen, tekemättä jättäminen tai suojausten pettäminen. Poikkeamaa korvaamaan käytetään usein sanaa virhe. Virhe on sisällöltään suppeampi ja sävyltään negatiivinen verrattuna sanaan poikkeama. Poikkeama voi olla luonteeltaan myös suunniteltu, ja se voi olla potilaan edun mukainen. Siitä syystä suositellaan poikkeama-sanan käyttöä. Ennaltaehkäisyyn,

taudinmäärittelyyn, hoitoon tai kuntoutukseen voi liittyä poikkeama. Poikkeama voi myös liittyä kirjaamiseen, seurantaan tai raportointiin. Vaaratapahtuma on tapahtuma, joka vaarantaa potilaan turvallisuuden. Vaaratapahtuma aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Läheltä piti -tapahtuma on vaaratapahtuma, josta olisi voinut aiheutua haittaa potilaalle. Haitalta vältyttiin joko sattumalta tai siksi, että poikkeama tai vaaratilanne havaittiin ja haitalliset seuraukset pystyttiin estämään ajoissa. Vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle, on haittatapahtuma. Haitta on potilaalle aiheutuva tilapäinen tai pysyvä ei-toivottu vaikutus, joka voi olla fyysinen, psyykkinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen. Haitta voi olla potilaan kokemana ja/tai ammattihenkilöstön toteamana. (Stakes ja lääkeshoidon kehittämisskeskus Rohto 2006.)

HaiPro-raportointijärjestelmä on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. Se on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä. Järjestelmällisen ja helppokäyttöisen raportointimenettelyn avulla käyttäjät voivat hyödyntää vaaratapahtumista saatavat opit ja terveydenhuollon johto saa tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista. HaiPro-menettelyssä pyritään vaaratapahtumien vaivattomaan, nopeaan ja syyllistämättömään ilmoittamiseen. Ilmoittaminen tapahtuu nimettömästi ja ilmoittajan lomake sisältää vain ne kentät, jotka ovat välttämättömiä ilmoituksen jatkokäsittelyn kannalta. Tallennuksen jälkeen ilmoitus ohjautuu jatkokäsittelyyn yksikkökohtaiselle käsittelijälle, joka luokittelee tapahtuman tarkemmin ja esimerkiksi määrittelee toimenpiteet, joilla vastaavat tapahtumat voidaan tulevaisuudessa ehkäistä. Käsittelijä voi myös halutessaan ohjata ilmoituksen käsiteltäväksi ylemmälle organisaatiotasolle. HaiPro-raportointimenettely ja työkalu on kehitetty VTT:llä yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden kanssa, sosiaali- ja terveysministeriön, lääkeshoidoksen ja VTT:n rahoituksella. Sen ylläpidosta ja jatkokehityksestä vastaa Awanic Oy. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Tarkastelen tässä työssäni laatua laatupoikkeamien näkökulmasta.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kirurgisen päivystysleikkauspotilaan tarkistuslista hoitoprosessin eri toimijoiden käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena on hoitopoikkeamilta välttyminen ja sen seurauksena laadun paraneminen. Aiheen sain Keski-Pohjanmaan keskussairaalan operatiivisen alueen ylihoitajalta. Hän esitti, että voisin työssäni käyttää valmiiksi kerättyjä hoitopoikkeamailmoituksia ja HaiPro -tilastoja.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1) Millaisia potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä nousee esille HaiPro- ja hoitopoikkeamailmoituksista?
- 2) Millainen kirurgisen päivystysleikkauspotilaan tarkistuslista tukee potilasturvallisuuden toteutumista?

4 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS

4.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö ja tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen toimintaympäristönä ja kohderyhmänä on Keski-Pohjanmaan keskussairaalan operatiivisen tulosalueen hoitohenkilökunta. Keski-Pohjanmaan keskussairaala kuuluu Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymään. Se tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluita kaikille kuntayhtymän asukkaille. Sairaala on jaettu operatiiviseen, konservatiiviseen ja psykiatriseen tulosalueeseen. Operatiiviseen tulosalueeseen kuuluvat kirurgiset vuodeosastot 7 ja 10, kirurgian ja syöpätautien poliklinikka, päiväkirurginen osasto, hoidonvaraus, korva- nenä- ja kurkkutautien poliklinikka, kuuloasema, suu- ja hammassairauksien poliklinikka, puheterapiayksikkö, lasten- ja nuorten poliklinikka ja osasto 1, leikkaus- ja anestesiaosasto, teho-osasto, dialyysi- ja munuaisyksikkö, välinehuoltokeskus, naistentautien poliklinikka, äitiyspoliklinikka, synnytys- ja naistentautienvuodeosastoosasto 3, silmätautien toimenpideyksikkö, päivystysyksikkö.

4.2 Ohjausryhmän kokoonpano

Opinnäytetyön ohjausryhmään kuuluivat operatiivisen tulosalueen ylihoitaja Kaija-Riitta Suonsyrjä, operatiivisen tulosalueen tulosjohtaja Pekka Nikula ja opinnäytetyön tekijä. Yhdessä opinnäytetyön ohjausryhmässä sovimme opinnäytetyön tavoitteista, tehtävistä toimenpiteistä, interventioista ja rajauksesta.

Tarkistuslistaa suunniteltaessa asiantuntijaryhmä oli suurempi. Siihen kuuluivat operatiivisen tulosalueen ylihoitaja, operatiivisen tulosalueen tulosjohtaja, päivystyspoliklinikan osastonhoitaja, yhteispäivystyksen ylilääkäri, osastonhoitaja kirurgiselta vuodeosastolta 7, apulaisosastonhoitaja kirurgiselta vuodeosastolta 10, sairaanhoitaja lastenosastolta ja opinnäytetyön tekijä. Lisäksi anestesiaosaston apulaisylilääkäri päivitti ohjeet anestesiaa edeltävistä tutkimuksista sekä eri leikkausten punasoluvarauksista.

Oma roolini näissä ryhmissä oli kokoonkutsuja ja kirjuri. Yhtenä tärkeimpänä roolinani varsinkin suuremmissa asiantuntijaryhmässä oli toimiminen keskustelun ja asian eteenpäin viejänä, ikään kuin puheenjohtajana, vaikka varsinaista puheenjohtajaa ei ryhmissä nimettykään.

4.3 Toimintatutkimus opinnäytetyön lähestymistapana

Käytän opinnäytetyössäni menetelmänä toimintatutkimusta, joka on yksi tutkimuksellisen kehittämistoiminnan suuntauksista. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa kiinnitetään huomiota systemaattiseen kehittämistoimintaan, ja lisäksi sillä pyritään myös tuottamaan tietoa (Toikko & Rantanen 2009.). Toimintatutkimuksella on kaksinaisluonne: toisaalta on tarkoituksena tuoda toiminnasta esille uutta tietoa ja toisaalta samalla kehittää toimintaa (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 33). Toimintatutkimuksen yhteydessä voidaan puhua teorian ja käytännön yhteydestä, joka on perinteisesti ollut ongelmallista tieteellisessä tutkimuksessa (Kuusela 2005, 9). Siinä myös yhdistetään tutkimuksen ja projektitoiminnan periaatteita. Tutkimusta voidaan hyödyntää arvioitaessa kehittämistoiminnan vaikutuksia ja onnistumisia. Tutkimustiedon avulla voidaan pyrkiä rakentamaan hyviä käytäntöjä. Kehittämistoimintaa voidaan myös tukea tutkimustoiminnan avulla. (Toikko & Rantanen 2009.) Toimintatutkimus pyrkii tarjoamaan arkiseen toimintaan uudenlaista ymmärrystä (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 25). Tiettyihin toimintatutkimuksellisiin lähestymistapoihin liittyy keskeisenä ajatus, että tutkimuksen ja käytännön yhteistoiminta johtavat kokemukselliseen oppimiseen. Toimintatutkimuksen rooli inhimillisten käytäntöjen muuttamisen välineenä riippuu siitä missä määrin toimintatutkimuksen tekijä on onnistunut muodostamaan tutkittavien kanssa yhteisen sopimuksen. (Kuusela 2005, 10, 53.)

Toimintatutkimuksella tarkoitetaan reaali maailmassa, ei keinotekoisessa tutkimusasetelmassa, tehtävää pienimuotoista interventiota eli väliintuloa ja intervention vaikutusten tutkimista (Metsämuuronen 2006). Toimintatutkimuksessa ongelmallista on useimmiten sen kuvaaminen, mikä oli interventio ja sen vaikutukset. Kyseessä kun on tutkimus, joka tapahtuu ja kehittyy toiminnan mukana. Kehittämistoiminnan vaikutusten suhteen tärkeässä asemassa on se, mikä oli intervention vaikutus. (Kuusela 2005, 77.) Toimintatutkimuksella pyritään ratkaisemaan erilaisia käytännön ongelmia esimerkiksi työyhteisöissä, parantamaan työyhteisöjen vuorovaikutuksellisia käytäntöjä ja

ymmärtämään niitä paremmin. Sillä pyritään antamaan vastaus johonkin käytännön ongelmaan tai kehittämään jo olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. (Metsämuuronen 2006.) Toimintatutkimuksellinen tiedon tuottaminen on prosessimaista. Tutkimusprosessia ei toimintatutkimuksessa useinkaan voida suunnitella etukäteen kovin tarkasti, vaan kehittämisprosessin aikana tehdyt havainnot määrittelevät ja ohjaavat tutkimusprosessin etenemistä. (Toikko & Rantanen 2006.)

Toimintatutkimuksen käytännöllistä lähestymistapaa voidaan kutsua myös vastavuoroiseksi lähestymistavaksi. Kehittämistyön aiheet tulevat käytännön työelämän ongelmista. Lähestymistapa näihin kehitettäviin asioihin on induktiivinen eli yksittäisistä asioista edetään yleiseen. Vaikka kehittämistoiminnan tuloksia voi olla vaikea tarkasti mitata, on niitä kuitenkin arvioitava, jotta kehittämisprosessia voidaan tarvittaessa muuttaa. Käytännöllinen toimintatutkimus on osallistujakeskeistä; tutkija toimii vuorovaikutuksessa kehitettävän yhteisön kanssa. Tutkija vastaa tutkimuksen toiminnallisesta puolesta, kuten kehittämistyön etenemisestä ja seurannasta, ei niinkään sen sisällöstä. (Lauri 1997.) Toimintatutkimuksen avulla voidaan osallistujat saada sitoutumaan johonkin tiettyyn uudistukseen. Tällöin toimintatutkimusta käytetään välineenä joidenkin ulkopuolisten asettamien tavoitteiden toteuttamiseksi. (Aaltola & Syrjälä 1999, 15.)

Toimintatutkimus etenee yleensä niin, että arkipäivän tilanteesta lähtevä ongelma tunnistetaan, arvioidaan ja muotoillaan. Seuraavaksi asiasta neuvotellaan ja käydään keskustelua asianosaisten välillä. Aiheesta etsitään aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta. Seuraavaksi ongelmaa muokataan ja määritetään uudestaan. Seuraavaksi suunnitellaan tutkimuksen kulku ja tutkimuksen arviointi. Sitten käynnistetään uusi projekti. Lopuksi aineisto tulkitaan ja projekti arvioidaan. (Metsämuuronen 2006.) Toimintatutkimuksen syklisen prosessin vaiheet on nimetty: kartoitusvaihe, prosessointivaihe, sitoutumisvaihe, suunnitteluvaihe, toteuttamisvaihe, arviointivaihe ja hyväksymisvaihe (Lauri 1997). Syklinen tarkastelu mahdollistaa rakenteiden, toiminnan ja muutosten suhteiden tarkastelun uudessa valossa. Lähtökohdaksi voidaan ajatella tietyt rakenteelliset olosuhteet, jotka ovat olemassa ennen toimijoita. Toimijat ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa, tulkitsevat olosuhteita, muodostavat näkemyksiä ja niiden pohjalta joko uudistavat tai kehittävät nykyisiä käytäntöjä. (Kuusela 2005, 79.)

Kehittämisprosessi esitetään etenkin toimintatutkimuksessa usein spiraalimallina, jatkuvana syklinä. Kehittämistoiminnan tehtävät muodostavat kehän, jossa perusteluvaiheen jälkeen tulevat organisointi, toteutus ja arviointi. Prosessi ei kuitenkaan lopu ensimmäisen kehän jälkeen, vaan sitä seuraa lisää kehiä: uusia perusteluja, uusia organisointeja, uusia toteutuksia, uusia arviointeja. Toimintatutkimuksen spiraalin sisällä on useita peräkkäisiä kehiä. Spiraalimallissa kehittämistuloksia arvioidaan aina uudestaan ja uudestaan. (Toikko & Rantanen 2009.)

Koko tutkimusprosessia ei voi ennalta suunnitella. Kun työskennellään usean toimijan sosiaalisessa verkostossa, joudutaan kehittämisprosessin kulkua tarkastelemaan ja korjaamaan jatkuvasti ja suuntaamaan sitä uudelleen. Arviointivaihe on toimintatutkimuksessa kohta, jossa kehittymistä tapahtuu. (Toikko & Rantanen 2009.)

Olen valinnut opinnäytetyöhöni toimintatutkimuksen, koska se sopii hyvin opinnäytetyöni aiheeseen ja sen käsittelyyn. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa kiinnitetään huomiota systemaattiseen kehittämistoimintaan, ja lisäksi sillä pyritään myös tuottamaan tietoa (Toikko & Rantanen 2009). Toimintatutkimuksella on kaksinaisluonne: toisaalta on tarkoituksena tuoda toiminnasta esille uutta tietoa ja toisaalta samalla kehittää toimintaa (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 33). Toimintatutkimuksen yhteydessä voidaan puhua teorian ja käytännön yhteydestä, joka on perinteisesti ollut ongelmallista tieteellisessä tutkimuksessa (Kuusela 2005, 9). Siinä myös yhdistetään tutkimuksen ja projektitoiminnan periaatteita (Toikko & Rantanen 2009.). Nämä kaikki seikat puoltavat toimintatutkimuksen valintaa opinnäytetyöni menetelmäksi.

Tutkimusprosessia ei toimintatutkimuksessa useinkaan voida suunnitella etukäteen kovin tarkasti, vaan kehittämisprosessin aikana tehdyt havainnot määrittelevät ja ohjaavat tutkimusprosessin etenemistä. (Toikko & Rantanen 2006.) Opinnäytetyön ohjausryhmän kokoukset veivät tutkimusprosessia eteenpäin ja suuntasivat sitä. Toimintatutkimuksella tarkoitetaan reaalimaailmassa, ei keinotekoisessa tutkimusasetelmassa, tehtävää pienimuotoista interventiota eli väliintuloa ja intervention vaikutusten tutkimista (Metsämuuronen 2006). Opinnäytetyöni ohjausryhmä on tärkeässä asemassa interventioissa.

4.4 Hoitopoikkeama- ja HaiPro-ilmoitusten keruu ja analysointi

Sain operatiivisen alueen ylihoitajalta operatiivisella tulosalueella vuonna 2009 täytettyjä hoitopoikkeamailmoituksia 266 kappaletta alustavasti tarkasteltavakseni, josko voisin käyttää niitä opinnäytetyötä tehdessäni. Silloin suurin osa yksiköistä teki hoitopoikkeamailmoitukset paperiversiolle. Ainoastaan os. 10 ja leikkausosasto tekivät sähköisiä HaiPro-ilmoituksia, koska ne kuuluivat pilottiosastoina sairaalassa kokeilussa olleeseen HaiPro-järjestelmään, joka on nyt käytössä koko sairaalassa. Lisäksi otin tarkasteltavaksi HaiPro-järjestelmän tilastoja hoitopoikkeamista ylihoitajan ehdotuksesta. HaiPro-ilmoituksia oli 157 kappaletta eli hoitopoikkeamailmoituksia ja HaiPro-ilmoituksia oli yhteensä 423 kappaletta. Mukaan opinnäytetyöhön otettiin vuoden 2010 loppuun mennessä tehdyt HaiPro-ilmoitukset. Nämä hoitopoikkeamailmoitukset ja tilastot muodostivat opinnäytetyön tutkimuksellisen aineiston, jonka perusteella toimintatutkimus eteni.

Analysoin aineistoa luokittelemalla ilmoitukset HaiPro-luokkien mukaisesti seitsemään luokkaan, jotka olivat: lääkepoikkeama, tiedonkulku, peruuntuneet leikkaukset, käytös, työnjako, henkilökuntaresurssi ja tekniset ongelmat. Lisäksi käytin sisällön erittelyä. Analyysiä ohjasi tutkimuskysymykseni: ”Millaisia potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä nousee esille HaiPro- ja hoitopoikkeamailmoituksista?” Sen jälkeen opinnäytetyön ohjausryhmässä valitsimme edellisen luokittelun perusteella yhden kehittämiskohteen, joka oli tiedonkulku-luokka. Tämän jälkeen luokittelin tiedonkulku-ryhmän sisällön induktiivisella sisällönanalyysillä kahdeksaan alaluokkaan, jotka olivat: sovitusta toimintatavoista kiinni pitäminen, tiedottaminen ja hoidon järjestelyt, raportointi, lääkäreiden toimintatavat, laskutus, ongelmat traumatiimissä ja -hälytyksessä, väärät potilaspaperit ja ongelmia tietojärjestelmissä.

4.5 Opinnäytetyön tulokset

Seuraavassa kerron potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä ja potilasturvallisuutta vaarantavista tiedonkulkuun liittyvistä tekijöistä.

4.5.1 Potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät

Suurimman pääluokan muodostivat lääkepoikkeamat (n=125). Luokan tapahtumat olivat sellaisia, joissa potilas ei saanut määrättyä lääkettä ollenkaan, potilas sai väärää lääkettä, potilas sai oikeaa lääkettä väärän annoksen, väärä potilas sai lääkettä, lääkkeen antotapa oli väärä tai lääkemääräys oli virheellinen.

Väärä potilas sai antibioottia.

Lonkkapotilas sai Pradaxan epiduraalikivunhoidosta huolimatta.

Tiedonkulun (n=115) tapahtumat liittyvät heikkoon raportointiin tai raportoinnin puutteeseen, sovittujen toimintatapojen laiminlyömiseen, väärin potilaspapereihin, ongelmiin tietojärjestelmissä, ongelmiin traumahälytystoiminnassa, lääkäreiden toimintatapoihin, ongelmiin laskutuksessa sekä tiedottamiseen ja potilaan hoidon järjestämiseen liittyviin ongelmiin.

Päivystävää gynekologia ei saatu kiinni, kun olisi tarvittu. Myöhemmin ilmeni, että puhelimen kanssa oli ollut ongelmia.

Leikkauksen yhteydessä otettu näyte tuhoutui, koska sitä ei oltu käsitelty asianmukaisesti.

Peruuntuneet leikkaukset muodostavat myös ison luokan (n=78). Se muodostuu potilaan terveydentilasta johtuvista peruuntumisista, leikkaussalin ruuhkahuipuista ja leikkaavan lääkärin puuttumisesta

Polviproteesileikkaukseen tulevalla potilaalla varpaanvälit auki, leikkaus peruuntui.

Olkapäälleikkaus peruuntui. Ei ehditä tehdä, paljon päivystyksiä, vähän henkilökuntaa.

Suurimman osan käytös- pääluokasta (n=30) muodostavat potilaiden väkivaltainen käytös henkilökuntaa kohtaan. Henkilökunnan epäasiallinen käytös toista henkilökuntaan kuuluvaa kohtaan muodostaa osan tästä pääluokasta.

Sisätautiosaston hoitajan epäasiallinen käytös ensiavun hoitajaa kohtaan potilaan kuullen.

Kanyyilia laitettaessa levoton ja kipeä potilas huitonut ja lopulta lyönyt hoitajaa.

Työnjako-luokkaan (n=29) kuuluu sellaisia tapauksia, joissa lääkäri ei olekaan siinä työpisteessä johon on sijoitettuna, vaan onkin mennyt tekemään muuta työtä. Lisäksi tässä luokassa on tapauksia, joissa tietyt työt olisi pitänyt hoitaa ja tehdä tietyssä paikassa, mutta ne onkin siirretty jonkun muun yksikön tai henkilön tehtäväksi.

Lääkäri leikkaamassa kesken polipäivän, ja potilaiden ajat myöhässä.

Enposta siirtyy osastolle potilas, jolla leikattavaa. Leikkausvalmistelut tekemättä, murtuma lastoittamatta, RR matala eikä kontrolloitu, ei kipulääkkeitä.

Henkilökuntaresurssi-luokkaan (n=27) kuuluu tapauksia, joissa henkilökuntaa on syystä tai toisesta ollut liian vähän. Sen seurauksena potilaiden odotusajat ovat pitkittyneet.

Ensiapuun siirtynyt yhteispäivystyksestä potilaita, joilla odotusaika pahimmillaan 6.5 tuntia (10-vuotias lapsi)

Osaston osasulun aikana päivystysruuhkaa, jota jouduttu purkamaan perumalla elektiivisiä leikkauksia. Potilaat erittäin pettyneitä.

Tekniset ongelmat (n=19) ovat potilaan hoidossa tarvittavien välineiden toimimiseen tai niiden käyttämiseen liittyviä tapauksia

Infuusiopumppu rikki, hälytysääni ei toiminut. Pumpun kautta ei kuitenkaan mennyt mitään elintärkeää lääkettä.

Ventilaattorin CO₂-lukema näytti väärin, ja jouduttiin vaihtamaan työasema. Leikkauksen alku viivästyi n. 30 min.

4.5.2 Potilasturvallisuutta vaarantavat, tiedonkulkuun liittyvät tekijät

Sovituista toimintatavoista kiinni pitäminen (n=45) muodosti suurimman tiedonkulun alaluokan. Ongelmia on ollut siinä, ettei leikkauspotilaita ole piirretty niin kuin on sovittu. Piirtäminen on ikään kuin merkinä siitä, että leikkaava lääkäri on nähnyt leikattavan potilaan ja merkinnyt leikkauskohdan. Joskus leikkaussalista joudutaan soittamaan turhaan osastolle jonkun potilaan perään, joka olisi pitänyt tuoda leikkaukseen automaattisesti tiettyyn aikaan. Otettavaksi määrätty laboratoriotutkimukset ovat joskus jääneet ottamatta. Myös näytteiden ottamisessa oli ongelmia, niin että joku näyte oli tuhoutunutkin näytteen väärän käsittelyn seurauksena. Jotkut potilaat eivät olleet saaneet poliklinikka- tai leikkausaikaa, ja he odottivat niitä turhaan useita kuukausia. Useita potilaita siirtyi osastoille ilman osastojen informointia sekä potilaiden asiat olivat vaillinaisesti hoidettuina.

Potilas ensiavusta CT:n kautta osastolle ilman papereita tai mitään tietoa hoitolinjoista.

Potilas oli jäänyt laittamatta leikkausjonoon, koska uusi hoitaja ei ollut huolehtinut jatkoilmoittamisesta sihteerille. Potilas ei ollut myöskään siedätyshoidon jonossa. Potilaalle 3 kk turhaa odotusta.

Tiedottamiseen ja hoidon järjestelyihin liittyvissä (n=26) tapauksissa oli suurimmaksi osaksi kyseessä moniammatillinen yhteistyö eri yksiköiden ja osastojen välillä. Myös joku potilaan hoidon onnistumisen kannalta oleellinen asia on jäänyt informoimatta joko potilaalle tai toiseen hoitoyksikköön.

Lc peruuntui, koska Plavix ei tauolla. (Tutkijan oma lisäys: LC on laparoskooppinen cholecystectomy eli tähystämällä tehtävä sappirakonpoistoleikkaus; Plavix on veren hyytymistä estävä lääke, joka tauotetaan ennen leikkauksia, jotta minimoidaan leikkauksesta aiheutuva verenvuoto)

Potilaalle kierrolla määrättyä kolonoskopiaa ei oltu ilmoitettu sisäpolille. Potilaalle oli tehty jo tyhjennykset, mutta tähystys oli vaarassa jäädä tekemättä koska polin lista oli täynnä.

Eniten HaiPro- ja hoitopoikkeamailmoituksia raportoinnista (n=20) oli tehty tilanteissa, joissa potilas oli siirretty eri organisaatiosta toiseen, joko terveyskeskuksesta

keskussairaalaan tai toisinpäin, mutta myös saman organisaation sisällä oli ongelmia raportoinnissa. Myös lääkelistaan liittyi paljon päivitysongelmia.

Potilas siirtynyt tk:een ilman epikriisiä. Omaisen ja hoitajalähetteen ristiriitaisen tiedon takia epikriisiä kaivattiin.

Potilas tuli päivystyksenä kaavintaan ja kierukan laittoon. Osaston lääkärinkierrolla oli sovittu, ettei laiteta kierukkaa vaan kaavitaan ja myöhemmin tehdään lämpöpallohoito. Tiedot oli kirjattu gynsu-lehdelle, mutta päikiin asiasta ei raportoitu. Myöskään gynekologi ei ollut asiasta tietoinen. Kotiutusvaiheessa potilaalle selvisi, että kierukka oli laitettu vasten hänen tahtoaan.

Lääkäreiden toimintatapoihin liittyviä ongelmat (n=9) olivat lähinnä lääkäreiden työjärjestysmuutoksista aiheutuneita potilasaikojen siirtoja tai potilaiden odotusaikojen pitkittymistä.

Polille vastaanottoa pitämään tuleva lääkäri antoi syyskuun omat koulutuspäivänsä, jolloin ei voi vastaanottoa pitää, liian myöhään ja aikoja oli ehditty jo antaa potilaille ja ne piti siirtää. Aiheutti ylimääräistä työtä.

Päikissä kirurgi ei käynyt katsomassa potilasta aamusta eikä vastannut puhelimeen. Leikkaussali seisoj tyhjillään, koska potilaita ei voi ottaa saliin ennen kuin leikkaava lääkäri on heidät nähnyt.

Virheet laskutuksessa (n=7) olivat lähinnä huomioimatta jääneitä alennuksia, eli joitakin potilaita oli laskutettu enemmän kuin olisi kuulunut.

Yhteispäivystyksessä käynyt sotaveteraani sai laskun, vaikkei se olisi hänelle kuulunutkaan.

Ulkomaalainen potilas esitti henkilötodistuksen saapuessaan päivystykseen. Kopiota ei ole otettu, joten potilasta on laskutettu täyden korvauksen mukaan.

Ongelmat traumatiimissä ja -hälytyksessä (n=3) johtuivat siitä, ettei sääntöjä traumatiimin hälyttämisestä oltu noudatettu tarkalleen.

Traumahälytykseen ei soitettu anestesiaalääkäriä paikalle. Päiv.polin henkilökunnalla epäselvää kenelle anest.lääkärin soittaminen traumahälytyksessä kuuluu. Viikkoa aikaisemmin traumahälytyksessä paikalle soitettiin paikalle päivystävä instrumenttihoitaja, vaikkei häntä olisi kuulunutkaan hälyttää.

Potilaiden potilaspaperit olivat sekoittuneet (n=2).

Päikin heräämössä 2 vierekkäisen potilaan paperit sekoittuivat. Lääkäri saneli tekstit ja reseptit ja sairausloman väärälle potilaalle. Heräämössä puudutettiin 2 potilasta yhtä aikaa, paperit lähekkäin.

Ongelmat tietojärjestelmissä (n=2) hidastivat toimintaa.

Effica ei toiminut useaan tuntiin. Sähköistä potilaskertomusta ei voinut käyttää. Käsikirjanpito hidasti huomattavasti toimintaa. Esim. M1-lomaketta ei löytynyt mistään. Tilattiin faxilla toisesta sairaalasta.

4.6 Tarkistuslistan rakentuminen

Ensimmäinen ohjaavan opettajan, ylihoitajan ja opinnäytetyön tekijän välinen yhteinen tapaaminen oli marraskuussa 2010 keskussairaalassa ylihoitajan työhuoneessa. Keskustelimme silloin ohjausryhmän ja opinnäytetyön tekijän suhteesta. Sovimme tutkimusluvan anomisesta Haipro-tilastoja ja hoitopoikkeamailmoituksia koskien, mutta lääkeainepoikkeamat haluttiin jättää tästä opinnäytetyöstä ulkopuolelle. Sovimme, että luokittelen Haipro-tilastoja ja hoitopoikkeamailmoituksia, mutta luokkien tarkemmasta valinnasta ohjausryhmä myöhemmin päättää yhdessä.

Tammikuussa 2011 paikalla olivat operatiivisen tulosalueen ylilääkäri Pekka Nikula, operatiivisen tulosalueen ylihoitaja Kaija-Riitta Suonsyrjä sekä opinnäytetyön tekijä. Ylilääkäri puhui tarkistuslistasta ja sen merkitystä. Hän esitti, että tämän opinnäytetyön tuotoksena voisi olla jonkinlainen tarkistuslista muuallakin sairaalan yksiköissä käytettäväksi leikkaussalissa käytössä olevan tarkistuslistan lisäksi, koska rutiiniasioiden tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Hänen mielestään ohjeistusta tarvittiin nimenomaan päivystysleikkauspotilaan hoitoketjuun. Esittelin aineiston lajittelussa saamani seitsemän eri pääluokkaa. Valitsimme yhdessä tiedonkulun suurimpana pääluokkana tarkemmin tarkasteltavaksi.

Helmikuussa kokouksen kokoonpano oli sama kuin edellisellä kerrallakin. Keskustelimme siitä kuinka monta eri pääluokkaa on mahdollista ottaa tarkempaan tarkasteluun ja voidaanko vielä lisänä käyttää kyselyä tai teemahaastattelua. Lupasin keskustella asiasta opinnäytetyöni kannalta ohjaavan opettajani kanssa.

Esiteltyäni analyysini tuloksia ohjausryhmässä päädyimme yhdessä valitsemaan sovitusta toimintatavoista kiinni pitämisen -alaluokan kehittämistyön kohteeksi. Tähän kehittämistyöhön ohjausryhmä päätti valita keinoksi tarkistuslistan kehittämisen kirurgisten päivystyspotilaiden hoitoon.

Helmikuussa olin ohjaavan opettajani ohjauksessa. Keskustelimme asiantuntijaryhmän kokoonpanosta. Keskustelimme myös tarkistuslistan tavoitteesta ja siitä, mihin sillä pyritään. Käsittelimme myös tarkistuslistan ulkoasuun liittyviä asioita. Opettajan mukaan tarkistuslistan sisällön tulisi olla asiantuntijalähtöistä.

Helmikuussa oli vielä kokous ylihoitajan työhuoneessa tarkistuslistaan liittyen. Paikalla olivat ylihoitaja Kaija-Riitta Suonsyrjä, kirurgisen vuodeosaston 7 osastonhoitaja Niina Parpala, lastenosaston sairaanhoitaja Martti Jokinen, päivystysosaston osastonhoitaja Jukka Aro, kirurgisen vuodeosaston 10 apulaisosastonhoitaja Auli Hartell, päivystysosaston ylilääkäri Risto Hannula, operatiivisen tulosalueen ylilääkäri Pekka Nikula sekä opinnäytetyön tekijä Niina Koskinen. Kerroin paikalla oleville kokouksen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Kävimme dialogia yhdessä asioista, joita kirurgisen päivystysleikkauspotilaan tarkistuslistassa tulisi olla. Myös tarkistuslistan ulkoisista ominaisuuksista keskusteltiin. Lupasin pyytää päivitystä anestesia-apulaisylilääkäri Sauli Isokoskelta leikkausta edeltäviin laboratoriotutkimus- ja verivarausohjeisiin. Lisäksi lupasin tehdä keskustelun pohjalta vedoksen tarkistuslistasta ja lähettää sen kaikille mukana olleille sähköpostilla.

Toukokuussa oli kokous, jossa paikalla olivat ylihoitaja, päivystysosaston osastonhoitaja ja opinnäytetyön tekijä. Muokkasimme tarkistuslistaa saadun palautteen perusteella. Päädyimme myös paperimuotoon. Sovimme, että muokkaan tarkistuslistan valmiiksi yhdessä sairaalan viestintäsihteerin Suvi Melender-Låglandin kanssa. Lisäksi tarkensimme, että kyseessä on kirurgisen päivystysleikkauspotilaan, ei pelkästään kirurgisen päivystyspotilaan, tarkistuslista. Esille tuotiin, että kirurgisen tulosalueen yksi painopisteistä on turvallisuus. Opinnäytetyöni sopii siihen painopisteeseen hyvin.

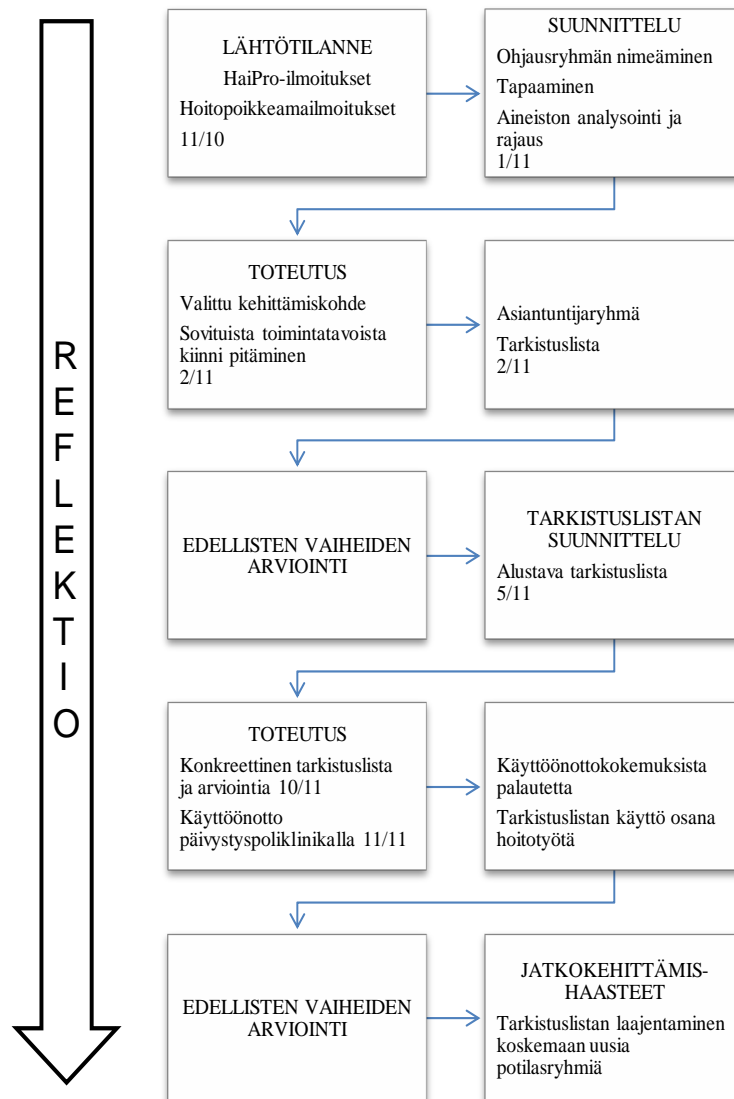
Seuraava kokous oli lokakuussa 2012, jossa paikalla olivat osastonhoitaja Jukka Aro ja ylihoitaja Kaija-Riitta Suonsyrjä sekä Niina Koskinen. Taukoa selittää opinnäytetyöntekijän äitiysloma. Kertasimme aikaisempia asioita ja teimme vielä pieniä parannuksia tarkistuslistaan. Sovimme, että se otetaan käyttöön saman vuoden marraskuun loppupuolella päivystyspoliklinikalla.

Marraskuussa kävimme sähköpostikeskustelua, jossa mukana olivat ylihoitaja Kaija-Riitta Suonsyrjä, osastonhoitaja Jukka Aro, apulaisosastonhoitaja Teija Ronkainen, sairaanhoitaja Pasi Hautala sekä opinnäytetyön tekijä. Keskustelu koski tarkistuslistan aloittamisajankohtaa ja henkilökunnan kouluttamista asiaan. Päivystyksen esimiehet lupasivat hoitaa tarkistuslistan esittelyn ja käyttöönoton osastotunnilla omin voimin.

Huhtikuussa 2013 sain osastonhoitaja Jukka Arolta kirurgisen päivystyspotilaan tarkistuslistasta palautetta sähköpostilla sitä pyydettyäni. Päivystyksen osastokokouksessa oli keskusteltu asiasta. Tarkistuslista oli koettu pääosin positiivisena. Sitä oli kommentoitu sanoilla: hyvä ja toimiva, jatketaan sekä arvioidaan vuoden sisällä, lisäkohtien mielekkyys. Ajatusasteelle oli ehdotettu myös tarkistuslistan laajentamisesta niin, että se ohjaisi uutta hoitajaa tarkistamaan kaikki asiat, joita leikkauspotilaalle pitää tehdä.

Pyysin palautetta ja käyttäjäkokemuksia myös leikkaus-anestesiaosastolta. Kommentteina sain: ”Potilailla ollut kaikki kunnossa”, ”Hyvä ja selkeä lista. Auttaa hahmottamaan onko kaikki ok, puuttuuko jotain?!”, ”Pot.lla kaikki kunnossa. Jos joku ruksi on puuttunut, on selitetty miksi.”

Seuraavalla sivulla KUVIO 2 esittää kuvauksen opinnäytetyön etenemisestä.



KUVIO 2. Kirurgisen päivystysleikkauspotilaan tarkistuslistan kehittäminen toimintatutkimuksellisenä spiraalimallina (mukaellen Kemmis 1986)

5 POHDINTA

5.1 Luotettavuus ja etiikka

Opinnäytetyöni on toimintatutkimuksellista kehittämistoimintaa. Kehittämistoiminnassa luotettavuudella tarkoitetaan usein tutkimuksen käyttökelpoisuutta ja hyödynnettävyyttä; kehittämistoiminnassa syntyvän tiedon tulee todenmukaisuuden lisäksi olla myös hyödyllistä. Luotettavuus on tieteellisen tiedon ja tutkimuksen keskeinen osa. Luotettavuuden kysymys liittyy tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan usein vakuuttavuudesta, ei niinkään välttämättä reliabiliteetista tai validiteetista niin kuin määrällisessä tutkimuksessa. Tutkijan on vakuutettava muut tutkimusta koskevien valintojen ja tulkintojen avoimuudella ja läpinäkyvyydellä. Vakuuttavuuden tärkeitä osa-alueita ovat uskottavuus ja johdonmukaisuus. (Toikko & Rantanen 2009.)

Jälkeenpäin voi sanoa, että opinnäytetyöni olisi voinut toteuttaa myös konstruktiiivisella lähestymistavalla. Opinnäytetyön alussa ei kuitenkaan ollut selvillä, että työn tuotoksena syntyy tarkistuslista, vaan se muotoutui tutkimusprosessin aikana.

Opinnäytetyöni luotettavuuteen kohdistuu sama kritiikki kuin toimintatutkimukseen yleensä. Muitakin kvalitatiivisia eli laadullisia menetelmiä kritisoidaan usein siitä, että tutkimuskohde on tilanteeseen sidottu. Kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen verrattuna otos on yleensä merkittävästi pienempi, eikä samalla tavoin yleistettävissä. (Metsämuuronen 2006.) Toikon ja Rantasen (2006) teoksessa korostetaan, että tutkija ei ole vastuussa tutkimuksen siirrettävyyteen liittyvistä asioista. Tutkijan tehtävänä ja vastuuna on esittää tutkimuksen toteutus ja sisältö niin, että lukijat voivat arvioida tutkimustulosten käyttökelpoisuutta omissa työyhteisöissään.

Opinnäytetyössäni olen pyrkinyt tekemään luotettavuuden säilyttäviä ratkaisuja, jotta lopullinen työni olisi luotettava ja vakuuttava. Olen pyrkinyt työssäni vakuuttavuuteen ja eettiseen toimintatapaan. Opinnäytetyötäni varten anoin tutkimuslupaa Keski-Pohjanmaan keskussairaalasta. Hallussani olevat hoitopoikkeamailmoitukset ovat tietenkin salassapitovelvollisuuden alaisia.

Tutkimuksessa on otettava huomioon eettiset näkökohdat. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavia millään tavalla. Tutkimuksen hyötyjen on oltava tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvia haittoja suuremmat. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista kaikille siihen osallistuville. Vastuu tutkimuksesta on sen johtajalla. (Vehviläinen-Julkunen 1997.) Tutkija ei saa syyllistyä tutkimuksessaan vilppiin, vaan toiminnan tulee olla rehellistä. Tutkimustuloksia ei myöskään saa sepittää, vaan tuloksien tulee perustua reaaliin tuloksiin, ei kaunisteltuihin tai muutettuihin. Myös toisten kirjoittaman tekstin suora lainaaminen ilman lähdeviittausta tai toisten tulosten kopiointi eli plagiointi on kiellettyä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Opinnäytetyössäni oli paljon autenttisia lainauksia hoitopoikkeama- ja HaiPro-ilmoituksista. Niistä ei kuitenkaan voinut tunnistaa ketään työntekijöitä tai potilaita. Jotkut suorat lainaukset kertoivat hyvin vakavistakin asioista. On kuitenkin tärkeä tuoda myös tällaiset asiat esille, jotta niistä voidaan ottaa opiksi.

Omassa opinnäytetyössäni olivat arvoperustana Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymän arvot sekä omat henkilökohtaiset arvoni. Opinnäytetyössäni alkuaineistona oli operatiivisella tulosalueella täytetyt hoitopoikkeamailmoitukset. Osassa ilmoituksia oli ilmoituksen tekijän nimi, mutta ei kaikissa. Käsittelin hoitopoikkeamailmoituksia niin, ettei niistä voi tunnistaa ketään yksittäisiä henkilöitä. Tulosten esittämisestä sovitaan yhdessä opinnäytetyön ohjausryhmän kanssa. Myös kehittämiskohteisiin ja interventioihin osallistumisesta keskustellaan ohjausryhmän kanssa. Vaikka tein opinnäytetyöni oman työpaikkani organisaatiossa, osallistuin itse opinnäytetyöhöni ainoastaan opinnäytetyön tekijän näkökulmasta. Olin neutraali suhtautumisessani kaikkiin osapuoliin, enkä tarkastellut opinnäytetyötäni oman työyksikköni näkökulmasta.

5.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön aihe on ollut käytännönläheinen, mielenkiintoinen ja tärkeä. Potilasturvallisuus ja sen johtaminen sekä laatutietoisuus ovat tänä päivänä merkittävässä osassa sairaaloiden toimintaa ja hoitotyön kehittämistä. Kirurgisen päivystysleikkauspotilaan tarkistuslistan kehittämisprosessin moniammatillisessa yhteistyössä oli haasteita. Suurimmat haasteet liittyivät kokouksien aikatauluihin suhteessa asiantuntijoiden aikatauluihin. Opinnäytetyön ohjausryhmän ja asiantuntijaryhmän koolle saaminen vaati useita puheluita ja sähköpostin välityksellä käytyjä keskusteluita, jotta ajat saatiin sopimaan kaikille. Kahden henkilön välisen tapaamisen sopiminen onnistuu huomattavasti helpommin kuin ison asiantuntijaryhmän koolle kutsuminen.

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut minua paljon. Luonnollisesti olen oppinut asiat, joita opinnäytetyöni tietoperustassa esitän. Olen oppinut paljon asioita moniammatillisesta yhteistyöstä ja asioiden kehittämisestä käytännön työelämässä. Kyseisiä asioita olen opiskellut jo koulutukseni aikaisemmassa vaiheessa, mutta niiden käytännön toteutus ei aina kuitenkaan mene niin kuin kirjoissa. Vaikka olen jo peruskoulutuksessani sairaanhoitajaksi opiskellessani saanut tutkimusopetusta ja tehnyt silloin opinnäytetyön, olen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa suorittaessani oppinut tutkimusprosessista paljon lisää. Olen myös oppinut asioita itsestäni ja tavastani opiskella. Opiskelun aikana olen saanut uusia ajatuksia omaa työtäni kohtaan ja monet omat aikaisemmat ajatukseni ovat saaneet vahvistusta. Yksi mielestäni merkittävimmistä opiskelun saavutuksista omaan ajatteluuni on omien silmiäni avautuminen paljon laajempaan katsantokulmaan kuin aikaisemmin. Erikoissairaanhoidossa, keskussairaalassa ja leikkausosastolla on melko helppo alkaa katsoa asioita pelkästään omasta näkökulmasta käsin kokonaisnäkemyksen kustannuksella.

Tieto siitä, että opinnäytetyöni tulee oikeasti hyödyttämään Keski-Pohjanmaan keskussairaalan hoitohenkilökunnan työtä, on ollut merkittävä. Se on tehnyt opinnäytetyön tekemisen erityisen mielekkääksi. Se on myös kannustanut minua saamaan opinnäytetyöni valmiiksi, vaikka prosessi on ollut pitkä ja välillä vaivalloinenkin. Yksi ja kaikkein merkittävin syy opinnäytetyön valmistumisen viipymiselle on ollut perheeseemme syntynyt kolmas lapsi. Annoin itselleni luvan olla tekemättä ja ajattelematta opinnäytetyötä äitiysloman ajan. Toisena painavana syynä on ollut omakotitalon rakentaminen

perheellemme samaan aikaan. Opinnäytetyöprosessin tässä vaiheessa on helppo sanoa, että prosessi olisi pitänyt saattaa päätökseen jo kauan sitten. ”Kun asiat venyvät, ne mutkistuvat” -sanonta pitää tämänkin työn kohdalla paikkansa. Kun opinnäytetyöprosessi on ollut näin pitkä, olen joutunut uudelleen palauttamaan mieleen monia asioita.

5.3 Johtopäätös

Hoito- ja Haipro-ilmoitusten analysoinnin tuloksen mukaan suurimmat ongelmat ilmenivät tiedonkulussa, ja vielä tarkemmin sovitusta asiasta kiinni pitämisessä. Kirurgisen päivystysleikkauspotilaan tarkistuslistalle oli selvästi tarvetta. Se voi vähentää muistin kuormitusta. Kaikkia asioita ei tarvitse jättää muistin varaan, vaan osan asioista voi tarkistuslistaa edetessään varmistaa.

Kirurgisen päivystysleikkauspotilaan tarkistuslistasta saatu palaute on ollut hyvää ja positiivista. Se on koettu tarpeelliseksi.

Opinnäytetyön tuloksista voi tehdä johtopäätöksen, että tiedonkulku ei ole parhaalla mahdollisella tasolla, vaan siinä on kehitettävää. Opinnäytetyön tuloksena kehitetty kirurgisen päivystysleikkauspotilaan tarkistuslista tarjoaa tähän yhden työkalun.

Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt kirurgisen päivystyspotilaan tarkistuslista on muokattuna siirrettävissä ja hyödynnettävissä muillekin potilasryhmille Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa. Soveltuvien osien kirurgisen päivystyspotilaan tarkistuslistaa voidaan käyttää myös muissa erikoissairaanhoidon organisaatioissa.

5.4. Jatkotutkimushaasteet

Erilaiset tarkistuslistat ovat nykypäivää. Niiden avulla halutaan varmistua, että inhimilliset erehdykset ja virheet eivät aiheuta kärsimyksiä ja kustannuksia. Tarkistuslistan käyttäminen on helppoa ja se on työkaluna halpa eikä sen käyttämisestä ole todettu haittoja. (Pauniahho ym. 2009; Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009.)

Jatkotutkimushaasteena voisi olla kirurgisen päivystysleikkauspotilaan tarkistuslistan saaminen sähköiseen muotoon ja mahdollisesti osaksi potilastietojärjestelmää. Toisena jatkotutkimushaasteena voisi olla tarkistuslistan laajentaminen koskemaan uusia potilasryhmiä.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Helsinki: Atena kustannus, 11–24.

Carr, W. & Kemmis, S. 1986. Becoming critical. Education, knowledge and action research. London: Falmer Press.

Euroopan Unionin kansanterveysportaali. 2012. Potilasturvallisuus. Www-dokumentti. Saatavissa: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_fi.htm . Luettu 20.2.2012.

HaiPro. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Www-dokumentti. Saatavissa www.haipro.fi/fin/default.aspx . Luettu 23.11.2010.

Heikkinen, H. L. T. & Jyrkämä, J. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Helsinki: Atena kustannus, 25–62.

Helovuori, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa: Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Sairaanhoidajaliitto. Suomen sairaanhoidajaliitto ry, Helsinki.

Holmiah, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätauti-, kirurgisten sairauksien ja syöpätautihoito. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Iivanainen, A., Jauhainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Opas. Terveysturvallisuuden ja hyvinvoinnin laitos. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/979943df-4088-46df-8e5a-cd8949ed965a> . Luettu 30.9.2013.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa: Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Sairaanhoidajaliitto. Suomen sairaanhoidajaliitto ry, Helsinki.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos, hoitotieteen väitöskirja.

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja talouden laitos, hoitotieteen väitöskirja.

Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2009. Prosessijohtamisen käsitteet. 4. uudistettu painos. Helsinki: Teknologiateollisuus.

Lauri, S. 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 114–135.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Ky.

Nikula, P. & Harmaala, K-R. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymä. 2010. Toiminta- ja laadunhallintasuunnitelma 2011-2013. Operatiivinen tulosalue.

Pauniahho, S.-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. S. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Suomen lääkärilehti, 2009. Vol. 64, nro 49, 4249-4254.

Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/2008. Helsinki: Stakes. Pdf-tiedosto. Saatavissa www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf . Luettu 1.11.2010.

Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas – potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa: Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Sairaanhoitajaliitto. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.

Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä. 2009. Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. Sosiaali- ja terveysministeriö. Www-dokumentti. Saatavissa: www.thl.fi/thl-client/pdfs/3f50e159-ab8e-44d8-9cd7-b03447e51dfe.pdf . Luettu 19.4.2012.

Puusa, A. 2008. Prosessijohtaminen tarjoaa selkeitä etuja. Premissi 1, 25-26.

Rantala, I. 2010. Laadullisen aineiston analyysi tietokoneella. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 106-126.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa: Potilasturvallisuus ensin. 2009. Sairaanhoitajaliitto. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Finlex. 341/2011. Pdf-tiedosto. Saatavissa: www.Finlex.fi/sk20110341.pdf . Luettu 1.10.2013.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28. Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja

kehittämiskeskus. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>. Luettu 5.3.2012.

STM. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Julkaisuja 2009:3. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf. Luettu 1.10.2013.

STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Julkaisuja 2012:1. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf. Luettu 2.10.2013.

STM & Stakes & Suomen Kuntaliitto. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Helsinki: Stakes. Pdf-tiedosto. Saatavissa: www.stakes.fi/verkkajulkaisut/muut/laadunhallinta2000.pdf. Luettu 1.11.2010.

Tanttu, T. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasa: Universitas Wasaensis.

Terveysturvallisuuslaki. 30.12.2010/1326. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 21.2.2012.

Terveysturvallisuus ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. HALO-suositukset. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/halo/suositukset/tarkistuslista. Luettu 1.10.2013.

Terveysturvallisuus ja hyvinvoinnin laitos. 2012. HaiPro: Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haipro. Luettu 17.4.2012.

Terveysturvallisuus ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas potilaslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. Tampereen Yliopistopaino Oy: Tampere. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>. Luettu 21.2.2012.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tuominen, C. & Lillrank, P. 2000. Laatukäsitykset suomalaisissa yrityksissä. Teoksessa S. Tuurna (toim.) Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 24/2000. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö.

Työsuojeluhallinto. 2011. Turvallisuusjohtaminen. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tyosuojelu.fi/fi/turvallisuusjohtaminen#johta>. Luettu 24.4.2012.

Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>. Luettu 24.4.2012.

Työterveyslaitos. 2011. Turvallisuusjohtaminen. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/johtaminen/turvallisuus/sivut/default.aspx> . Luettu 24.4.2012.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.

WHO. 2008. World Alliance for Patient Surgery. Safe Surgery Saves Lives. Second Global Safety Saves Lives. Pdf-tiedosto. Saatavissa: www.who.int/entity/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf. Luettu 19.4.2012.

WHO. Patient Safety Programme. Programme-areas. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/> . Luettu 1.10.2013.

KIRURGISEN PÄIVYSTYSLEIKKAUSPOTILAAN TARKISTUSLISTA

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Pvm _____

Rastita ruutu mikäli kyseinen kohta toteutuu.

Palauta tarkistuslista täytettynä anestesiakaavakkeen mukana leikkausosastolle.

Leikkauksen ajankohta: tänään ☐ myöhemmin ☐

Työdiagnoosi _____

Piiirretty ☐

Leikkauuspäätös ja -ilmoitus

Kuka on tehnyt _____

Anestesiakaavake täytetty ☐Anestesia lääkäri antanut määräykset ☐Allergiat huomioitu ☐Laboratoriokokeet otettuina ☐Läakelista tarkistettu ja päivitetty Efficään ☐Omaisille tiedotettu ☐